

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

POUR

N°
611

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger LE BÉON

Né le 24 Juillet 1921, à Morlaix (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 1951

LE PSYCHO-DIAGNOSTIC RAPIDE
DE L'ANOREXIE MENTALE
EN CLIENTELE

Président : M. ALAJOUANINE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEFARCIUEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger LE BÉON

Né le 24 Juillet 1921, à Morlaix (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 1951

LE PSYCHO-DIAGNOSTIC RAPIDE
DE L'ANOREXIE MENTALE
EN CLIENTELE

Président : M. ALAJOUANINE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153323_0099

DOYENS HONORAIRES
MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine de Travail	DESOILLE (H.)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	}	CORDIER (J.-C.)
		Pr. s. ch.
		DEBEYRE (J.)
Anatomie pathologique	}	DELMAS (A.)
		Mlle GAUTHIER-
		VILLARS (P.)
Bactériologie	}	Pr. s. ch.
		BUSSER (F.)
		FASQUELLE (R.)
Biologie médicale	}	NEVOT (A.)
		BOURLIERE (F.)
		ETTORI (J.)
Chimie médicale	}	Pr. s. ch.
		JAYLE (M.-F.)
		Pr. s. ch.
Dermato-syphiligraphie	}	SCHAPIRA (G.)
		DEGOS (R.)
		BULLIARD (H.)
Histologie	}	Pr. s. ch.
		COUJARD (R.)
		DESCLAUX (P.)
Hydrologie	}	DEBRAY (C.)
		BOYER (J.)
		DEPARIS (M.)
Médecine légale	}	DEROBERT (L.)
		GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	}	N...
		SEZE (S. de)
		GRASSET (J.)
Neurologie	}	LEPAGE (F.)
		MAYER (M.)
		MERGER (R.)
Obstétrique	}	RAVINA (J.)
		VARANGOT (J.)
		OFFRET (G.)
Ophtalmologie	}	DESIGNES (P.)
		HALPHEN (E.)
		Pr. s. ch.
Oto-rhino-laryngologie	}	MADURO (R.)
		BRUMPT (L.)
		CHABAUD
Parasitologie	}	ABOULKER (P.)
		BAUMANN (J.)
		GOSSET (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale	}	HUGUIER (J.)
		LAURENCE (G.)
		LEGER (L.)
Pathologie expérimentale	}	OLIVIER (Cl.)
		PADOVANI (P.)
		POILLEUX (M.)
Pathologie médicale	}	ROUX (M.)
		RUDLER (J.-C.)
		VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	}	MERKLEN (P.)
		BERNARD (J.)
		BOUDIN (G.)
Pathologie médicale	}	CASTAIGNE (P.)
		CONTE (M.)
		DECOURT (J.)
Pathologie expérimentale	}	DOMART (A.)
		DREYFUS (Gilbert)
		FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	}	HAMBURGER (J.)
		KOURILSKY (R.)
		LAMY (M.)
Pathologie expérimentale	}	MAURIC (G.)
		MILLIEZ (P.)
		PERRAULT (M.)
Pathologie expérimentale	}	RAMBERT (P.)
		THIEFFRY (St.)
		TURIAF (J.)
Pédiatrie	}	LAPLANE (R.)
		MARIE (J.)
		LEVY (Mlle J.)
Pharmacologie	}	Pr. s. ch.
		CHEYMOL (J.-H.)
		BARGETON (D.)
Physiologie	}	PARROT (J.-L.)
		DOGNON (A.)
		Pr. s. ch.
Physique médicale	}	DJOURNO (A.)
		GOUGEROT (L.)
		BARUK (H.)
Psychiatrie	}	BARUK (H.)
		Psychiatrie infantile
		MICHAUX (L.)
Stomatologie	}	CHAPUT (Mme A.)
		Thérapeutique
		BROUET (G.)
Urologie	}	Chargé d'enseig.
		KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*),
GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	MARCHAL (G.)
	FUNCK-		MOUQUIN (M.)
	BRENTANO (P.)		SOULIE (E.)
	MENEGAUX (G.)	Clinique obstétricale . .	DIGONNET (L.)
	PATEL (J.)		ECALLE (G.)
Clinique médicale . . .	SICARD (A.)		LACOMME (M.)
	BOULIN (R.)	Clinique ophtalmologique	SUREAU (M.)
	BROUET (G.)		RENARD (G.)
	CACHERA (R.)		AUBIN (A.)
	DELARUE (A.)	Clinique urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	GARCLIN (J.)		
	HAGUENAU (M.)		
	LENEGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef . Docteur HAHN (A.).
Bibliothécaires Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAJOUANINE

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Nerveuses

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Hommage respectueux.

PRÉAMBULE

Nous avons pensé que dans ce grand chapitre clinique de l'anorexie mentale, si bien étudiée et si fort longtemps discutée quant à son étiopathogénie et partant quant à sa thérapeutique, restait un point obscur : la difficulté de son dépistage.

Nous avons voulu aider le médecin omnipraticien dans ce travail qui le plus souvent lui incombe et qui, faute d'être éclairé, est responsable des erreurs de diagnostic, des thérapeutiques inutiles ou préjudiciables à la malade, du retard souvent grave, quelquefois définitif, apporté à la mise en œuvre des traitements adéquats.

Notre but est de permettre au médecin de médecine générale de faire le diagnostic d'anorexie mentale pendant la consultation. S'il est déjà mis en garde contre l'apparence pulmonaire, pubertaire, surtout gastro-hépatique ou hormonale que prend cette maladie, il sera cependant amené malgré lui à faire des erreurs car elles seront encouragées inconsciemment par la malade et sa famille qui, par définition, sont instinctivement poussées à entretenir la maladie.

En d'autres termes, le médecin ne doit pas être le complice involontaire d'un mécanisme pathogénique familial créateur d'un « climat ».

Faut-il encore qu'on mette à sa disposition des éléments simples et pratiques résumés sous forme de questionnaire qui, par l'ordonnance des questions que

l'on posera ainsi, dévoilera ce « climat » qui devient de la sorte un élément important du diagnostic, ou en tous cas évitera d'en être la dupe.

La gravité de certains cas observés par nous, venus tard au spécialiste de psychiatrie, nous a incité à entreprendre ce petit travail qui n'a pas été fait, à notre connaissance.

Qu'il nous soit permis de témoigner notre attachement au Docteur COULONJOU, chef du Service de neuro-psychiatrie du Centre hospitalier de Brest, à qui nous devons ce travail et que nous sommes heureux de remercier ici car c'est à lui que nous devons non seulement de savoir faire correctement un diagnostic d'anorexie mentale, mais aussi de connaître l'attitude thérapeutique pratique qui seule peut guérir.

Les anorexiques mentales ne se rencontrent pas dans les asiles. Et cet enseignement est venu compléter celui reçu du Docteur MONDAIN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Quimper, dont nous fûmes l'interne et auquel nous tenons à exprimer toute notre gratitude car il nous a fait aimer la psychiatrie.

CHAPITRE I

CONCEPTIONS ACTUELLES SUR L'ANOREXIE MENTALE

C'est à J. CARRIER que nous emprunterons une définition de l'anorexie mentale que cet auteur caractérise ainsi : « ... syndrome psychonévrotique caractérisé par une restriction progressive de l'alimentation due à un trouble de l'instinct de l'alimentation, à la perte de l'appétit et de la sensation de faim... ». Ainsi qu'il le fait remarquer, les symptômes cardinaux de la maladie sont : l'anorexie, l'amaigrissement et l'aménorrhée.

Il n'est pas dans notre intention ni dans le but de ce travail de nous attarder à un historique complet de ce syndrome qui, d'ailleurs, est excellemment étudié dans plusieurs ouvrages auxquels le lecteur voudra bien se reporter, mais il est tout de même important de nous livrer à un raccourci de l'histoire de l'anorexie mentale, ne serait-ce que pour montrer combien elle a fait couler d'encre au point qu'on a pu parler d'une véritable querelle de l'anorexie mentale.

Il nous a paru qu'on pouvait diviser son histoire en trois ères, que nous allons rapidement esquisser.

Après une période d'individualisation et de description du syndrome, survient une ère d'explication psychologique inspirée en particulier des travaux sur l'hystérie, puis une ère qu'on pourrait appeler endocrinienne,

et enfin l'ère moderne, où des conceptions étiopathogéniques d'inspiration analytique et psychosomatique ont permis aux différents adversaires de s'entendre.

1^o INDIVIDUALISATION ET DESCRIPTION DU SYNDROME.

C'est LASÈGUE, en France, et Sir W. GULL, en Angleterre, qui à peu près à la même époque, en 1873, donnent les premières descriptions de ce syndrome et l'individualisent. Et c'est, dix ans après, HUCHARD en France qui, rappelant les travaux de ces deux auteurs, donne le premier à la maladie la dénomination d'anorexie mentale.

Dans les années qui suivirent, les notions d'hystérie interviennent dans les explications étiopathogéniques que tentent les auteurs : CHARCOT, en 1887, apparente, tout en l'es distinguant, cette maladie à l'hystérie. SOLLIER, un peu plus tard, parlera d'anorexie hystérique et c'est dans l'hystérie aussi que BOUVRAY, comme KISSEL à Moscou, comme BRISSAUD et SOUQUES à la Salpêtrière, font rentrer l'anorexie mentale. Il est curieux de remarquer comme dès cette époque les auteurs avaient anticipé sur les conceptions actuelles en parlant d'un « désir déraisonnable de maigrir et de mourir ». Nous passerons sur les divers travaux qui ont eu lieu par la suite et qui n'amènent aucune notion bien nouvelle. Si l'on fait sortir parfois l'anorexie mentale de l'hystérie, c'est pour la faire entrer dans les névroses du type psychasthénie (Pierre JANET, en 1903). Dans toute cette période qui ne paraît pas avoir attaché beaucoup d'importance à l'élément endocrinien, c'est en somme à des explications d'ordre psychonévrotique que se livrent les auteurs.

2^o ÈRE ENDOCRINIENNE.

C'est surtout à partir de 1914, année pendant laquelle SIMMONDS publie son observation princeps de

cachexie hypophysaire, qu'on va être tenté de rapprocher l'anorexie mentale de ce syndrome glandulaire. Il est incontestable que, s'il est vrai que la cachexie de Simmonds existe (mais l'on s'accorde maintenant à penser qu'elle est extrêmement rare), cette notion a fait perdre beaucoup de temps à une juste appréciation de l'anorexie mentale.

Dès lors on s'acharne à étudier ces jeunes malades sous l'angle endocrinien. C'est Léopold LÉVI, en 1922, puis ZONDECK et BORKMAN qui pensent à l'hypothyroïdie et la prouvent par des examens du métabolisme basal. On émet l'hypothèse d'une lésion de la région infundibulo-tubérienne. Cette hypothèse est extraordinairement fortifiée à partir de 1930 par l'important travail de BICKEL, qui décrit magistralement la maigreur hypophysaire, forme atténuée, dit-il, de la maladie de Simmonds, et de ses travaux se dégage une tendance très nette à démembrer les anorexies prétendues névropathiques pour leur trouver une explication glandulaire. Les psychiatres eux-mêmes sont séduits par ces explications. COSSA et BOUGEANT, en 1935, dans un article intitulé : « Anorexie dite mentale et hypophysie », relatent un cas d'anorexie traitée par du lobe antérieur d'hypophyse avec succès. C'est un exemple analogue qu'apportent COULONJOU et HÉCAËN, en 1939, d'une guérison par des extraits de lobe antérieur d'hypophyse d'une anorexie mentale traitée en cure libre.

Mais déjà AUGIER et COSSA, en 1936, éprouvent le besoin d'isoler leurs malades en même temps qu'ils mettent en œuvre un traitement anté-hypophysaire et, comme le faisait remarquer le Docteur CHARPENTIER critiquant l'article de COULONJOU et HÉCAËN, s'il est vrai que cette malade avait été guérie par un traitement endocrinien en cure libre, il ne fallait pas minimiser le fait qu'ils l'avaient constamment menacée d'isolement si elle ne mangeait pas et ne reprenait pas du poids.

3° LA DERNIÈRE ÈRE, qui nous paraît avoir commencé à partir de 1937, permet de revenir à une plus juste appréciation des facteurs étiopathogéniques. Dès cette époque, c'est OTONELLO qui, dans une étude importante intitulée : « Contribution à la délimitation clinique de l'anorexie mentale », met en valeur le complexe idéo-affectif et le terrain hystérique de ces malades chez lesquelles l'extrait hypophysaire ne paraît être qu'un traitement symptomatique. L'année suivante, en 1938, STÉVENIN et GAUBE, dans un article intitulé : « Maladie de Simmonds et anorexie mentale », étudient quatre cas à l'aide de tests, en particulier test d'Aron, ce qui leur permet de conclure que la restriction alimentaire paraît bien être le trouble primitif.

En juillet de la même année, Noël PÉRON, dans sa « défense de l'anorexie mentale », insiste sur l'état mental des malades et critique les prétendues origines endocriniennes, comme Pierre MOLLARET devait le faire en décembre de cette même année. Ils déplorent le temps perdu à mettre en œuvre une thérapeutique glandulaire inutile, tandis que cette maladie dont il ne faut pas sous-estimer la gravité, fait des progrès rapides et évolue vers une issue souvent fatale.

Il n'est pas jusqu'aux endocrinologues eux-mêmes qui, sous l'influence de cette ère plus saine, n'admettent un syndrome d'anorexie mentale primitivement psychique. Si L. DE GENNES, en 1938, tente de faire une distinction entre l'anorexie mentale proprement dite et les cachexies endocriniennes, par contre, tout récemment, Claude BÉCLÈRE, dans son « Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie », insiste sur la nécessité de bien connaître l'aménorrhée de l'anorexie mentale et préconise comme traitement la suralimentation avec isolement, puis un traitement hormonal de l'insuffisance hypophysaire concomitante.

On peut dire que depuis 1939 et surtout depuis l'excellent travail fondamental de CARRIER, la querelle de

l'anorexie mentale est éteinte. Pour cet auteur, ce syndrome est d'abord un trouble de l'organisation instinctivo-affective se révélant au moment de la transformation de la mentalité infantile en mentalité adulte. Les inter-réactions entre la vie affective, le système végétatif et les glandes endocrines permettent d'expliquer le tableau clinique qui présente une certaine unité, une réversibilité et dans lequel les troubles endocriniens sont secondaires. L'isolement, la suralimentation et la psychothérapie sont les seuls traitements qui doivent être appliqués sans retard, les thérapeutiques endocriniennes ne devant être considérées que comme adjuvantes.

Ainsi, nous en sommes arrivés actuellement dans cette maladie, qui réalise d'une façon typique un syndrome psychosomatique, à une conception synthétique plus juste, après avoir perdu beaucoup de temps de par les comparaisons qu'on a été avec juste raison tenté de faire entre l'anorexie mentale et la cachexie de Simmonds ou les maigreurs hypophysaires de Bickel. Tout le monde s'accorde à dire maintenant, et nous en avons eu nous-mêmes des exemples convainquants, que pour autant que la maladie « anorexie mentale » ressemble cliniquement quelquefois à une cachexie de Simmonds, cette dernière est l'exception, l'anorexie mentale étant la règle.

Mais, comme le dit DECOURT cité par GUILLEMIN dans un article récent des *Entretiens de Bichat*, il n'existe aucun caractère biologique permettant de différencier avec certitude la cachexie hypophysaire de l'anorexie mentale : s'il est vrai que l'élimination des 17-cétostéroïdes est moins diminuée dans l'anorexie mentale que dans la cachexie de Simmonds, l'hypoglycémie, la sensibilité exagérée à l'insuline sont des constatations banales chez des sujets sous-alimentés; la diminution des albumines sériques, l'augmentation de l'hydrhémie sont habituels dans les états de dénutri-

tion et ce n'est pas parce qu'on les constate dans l'anorexie mentale qu'il faut faire intervenir une notion de déséquilibre endocrinien. L'aménorrhée elle-même doit être classée parmi les aménorrhées d'origine psychique.

Mais DECOURT dit aussi que s'il n'existe pas de critères biologiques pour distinguer les deux affections, il n'existe pas non plus de critères cliniques. Le but de notre travail, basé sur de nombreuses observations d'anorexie mentale détectées et traitées par nous, est justement de démontrer non seulement qu'il existe un psychisme particulier à l'anorexie mentale qui peut être cliniquement distinguée de bonne heure, d'autres syndromes analogues d'étiologie endocrinienne, mais encore qu'on doit pouvoir aboutir très rapidement à un *psycho-diagnostic* dès la première consultation, ce qui n'est pas sans intérêt dans une maladie où il ne faut pas perdre de temps et où il importe d'instituer précocement une thérapeutique adéquate.

CHAPITRE II

NÉCESSITÉ D'UN DÉPISTAGE PRÉCOCE

LE DIAGNOSTIC TARDIF ET SES CONSÉQUENCES

Des signes pathognomoniques classiques : l'anorexie existe toujours, l'aménorrhée n'est pas fatalement présente (ce peut être une simple dysménorrhée au début de la maladie), et nous pensons en tous cas qu'il n'est pas souhaitable d'attendre la cachexie. Si l'on attend ce stade en effet, la thérapeutique sera d'autant plus difficile à mettre en œuvre. Le démarrage de la courbe de poids sera d'autant plus long que la cachexie est plus avancée (l'alimentation devant être reprise plus progressivement). Pendant tout ce temps de démarrage, nous craignons l'apparition d'un moment à l'autre d'une maladie intercurrente.

Enfin, et cet argument est aussi d'ordre social, il sera très souvent difficile de faire admettre à la famille de la malade un isolement total. Mais, la maladie prise au début pouvant guérir par la simple menace d'isolement, on obtient alors facilement la coopération de la famille à partir du moment où il ne s'agit que de simple avertissement.

Comme exemple de temps perdu avant le dépistage, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'observation

suivante, qui relate bien l'échec social d'une anorexique non dépistée à temps :

OBSERVATION I

Odile S., vingt ans.

Vient nous consulter le 23/11/48, adressée par son médecin traitant. Elle est maigre, sans plus, son poids est de 47 kg 500. Elle se plaint de l'estomac et suit un régime sévère. Quand elle ne va pas à la selle un jour, elle ne va pas bien et souffre de maux de tête (raison essentielle à la consultation neurologique). Les règles sont peu abondantes et surviennent seulement trois ou quatre fois l'an.

Elle est en traitement depuis longtemps et les divers examens ont été négatifs. Les radiographies de l'estomac montrent seulement une ptose légère.

C'est alors que nous faisons un diagnostic rétrospectif d'anorexie mentale :

Les premières règles survenues à quinze ans, ont été normales. A seize ans, débutent les troubles : amaigrissement, anorexie et aménorrhée. Son poids tombe à 38 kg. Elle passe à ce moment-là son baccalauréat première partie, avec mention bien. Elle doit ensuite interrompre ses études puisqu'elle continue à maigrir et elle rentre à la maison ; le poids alors remonte lentement.

A table, il fallait, et il faut encore, insister pour la forcer à manger. Elle ne voulait jamais voir de médecin et déclarait ne pas être malade. On a failli tout de même lui faire subir une appendicectomie.

Nous apprenons qu'elle est fille unique et que ce serait un drame si elle devait se séparer de ses parents.

Nous nous trouvons bien devant une « queue d'anorexie mentale » qui sera assez facile à liquider.

Sous la menace de l'isolement, la malade admettra un régime alimentaire normal dans un premier temps. Elle prend du poids

et ses règles deviennent normales. La difficulté naîtra de la réadaptation sociale de la malade.

Mais cependant, revue le 12 février 1951, elle va bien, est réglée tous les 21 à 24 jours; travaille en dehors de la maison, et nous finissons de liquider psychothérapiquement ses complexes infantiles instinctivo-affectifs.

Il n'en reste pas moins vrai que, prise à temps (les vacances scolaires eussent suffi pour la traiter), cette malade n'aurait vraisemblablement pas dû interrompre ses études commencées brillamment. Le diagnostic rétrospectif d'anorexie mentale nous aura tout de même permis de limiter cet échec social qui s'annonçait définitif lors de la première consultation.

FREQUENCE ET MECONNAISSANCE DE LA MALADIE

L'anorexie mentale est particulièrement fréquente, tout au moins dans notre région (ceci peut s'expliquer par l'infantilisme affectif inhérent au caractère breton). C'est ainsi que le Docteur COULONJOU relève quarante observations d'anorexie mentale en six années d'exercice, alors que ses confrères endocrinologues par nous consultés ne peuvent apporter dans le même temps un seul cas de cachexie de Simmonds.

Or, la maladie est tout particulièrement méconnue : dans presque toutes les observations, les malades ont consulté un nombre souvent impressionnant de médecins, et devant l'inanité de leurs efforts, il est des familles qui amènent leur malade au guérisseur (observation n° 6 de sœur C... qui nous en fit l'aveu ironique lorsqu'elle fut guérie).

THERAPEUTIQUES INTEMPESTIVES

De la méconnaissance de la maladie découlent les thérapeutiques inadéquates.

Les deux observations suivantes illustreront cette évidence :

OBSERVATION II

Annick R., dix-huit ans.

Cette malade a fait une pleurésie avec épanchement il y a un an. Elle a maigri de 16 kg depuis et est aménorrhéique depuis huit mois. On pense que c'est là une conséquence logique de sa pleurésie, mais le radiologue pratique à deux reprises des radiographies pulmonaires qui sont rigoureusement normales, et c'est lui qui nous envoie la malade en consultation le 25 août 1947.

Cette jeune fille ne mange pas et il y a des discussions familiales constantes à son sujet. Elle est très active et assure qu'elle n'est pas malade.

Le diagnostic d'anorexie mentale typique porté, la malade sera strictement isolée, elle prendra 30 kg et sera réglée huit mois plus tard.

La guérison vérifiée se maintient deux ans après.

OBSERVATION III

Yvette H., quinze ans.

Cette jeune fille a passé neuf mois dans un préventorium (c'est le troisième séjour qu'elle y fait). Elle n'est pas encore réglée, est cachectique, n'a aucun appétit et vomit parfois si on la force à manger. Sa cuti-réaction à la tuberculine est normalement positive. Une image thoracique rigoureusement normale. Petites adénopathies cervicales.

Un isolement strict dans un service spécialisé liquide rapidement, chez cette anorexique mentale, l'état pré-tuberculeux qui risquait fort d'évoluer.

Une erreur thérapeutique grave et souvent rencontrée, est la mise au régime sévère de ces malades. Nous n'en voulons pour preuve que cet exemple :

OBSERVATION IV

Marie G., vingt et un ans.

Se plaignait depuis quelque temps du foie et surtout de l'estomac. Les examens radiologiques ont en effet montré que cet organe était légèrement ptosé. Deux médecins consultés la mettent d'un accord parfait, à un régime sévère, et maintiennent ce régime malgré l'amaigrissement considérable de leur malade (18 kg en un an). Elle est aménorrhéique depuis sept mois lorsqu'elle vient en consultation le 21 juillet 1947.

Il s'agit d'une anorexie mentale typique. Isolée en clinique, son poids remonte à la normale (55 kg) quatre mois plus tard et elle est à nouveau réglée.

CHAPITRE III

LE PSYCHO-DIAGNOSTIC RAPIDE A L'AIDE D'UN QUESTIONNAIRE

Nous nous sommes basé, pour établir les éléments du questionnaire, sur les quatorze observations d'anorexie mentale pure qui suivent, et sur les constatations que nous avons pu faire sur le comportement de ces malades lorsque nous avons pu les isoler et les suivre.

Toutes les observations citées ont été authentifiées quant au diagnostic d'anorexie mentale (à l'exception de la dernière, observation n° 14, Madame P..., diagnostic récent qui n'a pas encore comporté de sanction thérapeutique) par l'application de la seule « thérapeutique autoritaire » d'isolement (simple menace d'isolement, parfois pour les cas pris au début : observation n° 11, Monique B..., observation n° 12, Christiane S... et observation n° 13, Thérèse L...). Des rechutes ont pu se produire mais elles n'infirmant pas le diagnostic (observation n° 7, Pierrette B...).

Le reste de notre thérapeutique n'a joué qu'un rôle adjuvant et n'a jamais été mis en œuvre dès le début. Ainsi, dès le retour du poids normal, en nous aidant de la courbe de température du matin, nous avons assisté à la survenue des règles, aidée à ce moment semble-t-il par des injections d'antéparsine aux douzième, treizième, quatorzième, quinzième jour de ce cycle menstruel ainsi présumé. Nous n'avons pratiqué ces injections qu'au moment où cette courbe de tem-

pérature, d'indifférente au début, nous a donné l'allure classique signant le retour du cycle menstruel; cette courbe typique de température ne s'établissant qu'au moment du retour vers le poids normal physiologique (proportionnel à la taille du sujet). Les observations n° 6, sœur C..., et n° 5, Charlotte Le G... ont été mathématiquement démonstratives, de telle sorte que nous avons pu prévoir à l'avance la date exacte du retour des règles.

Nous ne noterons pas tous les examens cliniques biologiques à propos de chaque observation, signalons cependant une anachlorhydrie gastrique totale (observation n° 8, Marie G...), examen qu'il serait peut-être intéressant de réaliser systématiquement.

Nous n'insisterons pas non plus sur les images radiologiques thoraciques toutes normales, les cuti-réactions à la tuberculine négatives ou normalement positives; les examens gastro-entérologiques nombreux et sans caractères particuliers (les ptoses gastriques sont souvent rencontrées); les examens somatiques généraux et neurologiques tous normaux ainsi que les fonds d'yeux systématiquement pratiqués.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION V

Charlotte Le G...

Août 1945 — Se présentait à la consultation pour la première fois. Alors âgée de quinze ans. Depuis un an maigrissait régulièrement et était passée de 38 à 31 kg. N'était pas encore réglée. Mangeait peu et pleurait lorsque l'on insistait. Active, propre, intelligente, affectueuse. Une radio de la selle turcique pratiquée à cette époque montre une lame quadrilatère et des clinoïdes postérieures décalcifiées et érodées. La thérapeutique par antéparsine est envisagée mais déjà nous proposons l'isolement cependant.

Mai 1949 — Nous n'avons plus revu la petite malade depuis cette époque. Entre temps, elle avait eu : panglandine, pamphysex, benzogynoeseryl, antéparsine. Réglée 4 ou 5 fois en tout en quatre ans.

De 31 kg à l'âge de quinze ans, elle était passée à 27 kg à l'âge de dix-neuf ans pour une taille de 1 m. 45.

Elle se plaignait de l'estomac, ce qui l'empêchait de manger. Toujours aussi active et méticuleuse. Ne voyait toujours pas pourquoi on l'amenait ainsi au médecin.

15 mai 1949 au 1^{er} août 1949 — Isolement réalisé en clinique : le poids passe de 27 à 42 kg. N'est toujours pas réglée.

25 décembre 1949 au 4 avril 1950 — Reprise de l'isolement : passe de 40 à 50 kg (reprise pondérale totale de 23 kg). Les règles apparaissent.

Dans une lettre, notre petite malade tire elle-même la conclusion de cette histoire : « La raison du plus fort est toujours la meilleure ». Guérison maintenue à ce jour.

*
**

OBSERVATION VI

Sœur C..., vingt-neuf ans.

Pas d'antécédents héréditaires collatéraux ou personnels physiques ou mentaux.

Divers examens ne révèlent que sa cachexie (26 kg pour 1 m 60). Glycémie à 0 g 92. T.A. : 10 1/2-8.

Son poids normal était de 55 kg et depuis trois ans elle accuse une perte pondérale de 29 kg malgré l'intervention de nombreux médecins et même de guérisseurs.

Examen psychiatrique négatif.

Aménorrhée totale actuelle depuis deux ans.

Elle se plaint assez peu de l'estomac, elle sait simplement qu'il ne peut accepter de nourriture.

Elle ne vomit que depuis peu de temps, deux mois environ, ce qui a amené une chute pondérale catastrophique de 10 kg environ.

C'est cette catastrophe seule qui détermine l'entrée de notre malade en clinique le 23 août 1949.

A l'inventaire d'entrée figurent de nombreux tubes de laxatifs. Elle l'explique par le fait qu'elle est bien obligée de lutter contre sa constipation.

Depuis deux mois, elle accuse une fatigue grandissante alors qu'elle avait conservé jusque-là une activité incessante paradoxale (elle avait déjà perdu à ce moment 20 kg de son poids normal).

Très intelligente, propre et même méticuleuse, sensible.

La réhydratation (sérums pendant les deux premières semaines), quelques séances d'alimentation par la sonde, reprise rapide d'une alimentation normale, l'isolement strict (lettres écrites à sa famille sous divers prétextes et par moyens détournés, interceptées), amènent une reprise pondérale de 24 kg le 25 décembre 1949 (poids : 50 kg à ce moment), donc quatre mois après son entrée en clinique.

A cette date seulement la médication par extraits hypophysaires est instituée. Les règles réapparaissent le 15 janvier 1950. Son poids a atteint à ce moment 54 kg. Elle a donc repris 28 kg depuis son entrée en clinique à la cadence moyenne de 6 kg par mois.

Guérison maintenue, constatée il y a quelques jours : 56 kg et règles normales. Reprise de toute son activité sociale.

*
**

OBSERVATION VII

Pierrette B..., dix-neuf ans.

Entre en clinique le 21 février 1949. Poids : 34 kg pour 1 m 54. En sort deux mois plus tard avec reprise pondérale de 8 kg sous l'effet du simple isolement.

Amaigrissement lent depuis quatre ans, car elle n'a pas faim. N'a jamais été réglée (l'anorexie étant apparue en pleine puberté).

Tous examens négatifs. Déjà traitée par insuline, benzo-glynoestryl, infiltration du ganglion cervical supérieur et antépar-sine. Elle avoue avoir des nausées mais pas de vomissements. Nous les constaterons cependant en clinique et elle nous fera seulement alors l'aveu des vomissements antécédents. Elle se plaint du ventre « comme sa mère s'en plaignait » (sa mère est morte d'une péritonite tuberculeuse). Elle prend des laxatifs pour combattre sa constipation.

Elle est propre et active, d'intelligence moyenne, affectueuse sauf au moment des repas où, malgré les objurgations de son père, elle se contente de ce menu succinct :

Matin : une tasse de café au lait et deux craquelins.

Midi : une petite tranche de foie et 10 g de pain.

Soir : une tranche de jambon et 10 g de pain.

Parfois, pour dessert, un petit beurre, jamais deux — rien d'autre.

Elle semble indifférente à sa maladie mais elle est rusée et ne sera plus passive lorsqu'il s'agira de l'alimenter en clinique.

Sa mère est morte en 1942. Elle a été élevée en grande partie par une sœur de sa mère qui se serait bien remariée avec le père pour garder cet enfant auquel elle est très attachée. Refus du père qui se remarie en 1944. L'anorexie apparaît quelques mois plus tard.

La jeune fille restera partagée entre sa tante et son père et ce conflit sera insoluble. L'isolement sera interrompu trop tôt sur les instances de la famille et des rechutes ne tarderont pas à se produire.

OBSERVATION VIII

Marie G..., vingt-cinq ans.

Est une grande jeune fille squelettique. Elle pèse 38 kg et est aménorrhéique depuis deux ans. Elle vomit parfois, aussi a-t-on pratiqué une radiographie de l'estomac qui décèle une ptose importante.

On lui a fait : antéparsine, lutogyl, benzogynoestryl, infiltration du ganglion cervical supérieur, sans résultats.

Tous examens négatifs : T.A. : 8-5.

Examen du liquide gastrique : acide chlorhydrique libre, néant.

Une radiothérapie du diencéphale pratiquée avait donné une augmentation de poids de 1 kg 500 qu'elle s'était empressée de reperdre car, disait-elle, « à chaque fois que j'engraisse, je fais une poussée de furonculose ».

Active, intelligente, affectueuse, mais rusée. Milieu défavorable.

Etant peu surveillée, elle pouvait déclarer lors de la consultation : « J'ai une faim de loup, je ne suis jamais rassasiée. »

Pleurs et refus d'isolement.

Isolée en clinique le 9 juin 1950, la « faim de loup » se transformait en « appétit d'oiseau », elle était évidemment constipée et réclamait à toutes les infirmières des laxatifs. Malgré tout cela, le poids passait de 38 kg à 53 kg le 3 août, donc reprise pondérale de 15 kg en deux mois (et sans que nous ayions vu un seul furoncle apparaître !).

*
**

OBSERVATION IX

Nicole G..., seize ans.

Maigrissement de 13 kg (de 50 kg à 37 kg poids actuel) depuis trois ans. Elle n'a jamais faim. A été réglée à l'âge de

douze et treize ans et est depuis cette époque totalement aménorrhéique.

Elle a vu cinq médecins en deux ans. Tous les examens ont été faits (formule sanguine normale, radio de l'estomac, radio pulmonaire, examens gynécologiques divers). Beaucoup de médicaments ont été donnés (en particulier lutogyl et synergon).

Elle est très active et veut toujours aider sa mère dans les travaux du ménage.

Elle est très soigneuse et aime à être bien mise.

Intelligence normale. Affectueuse et franche sauf sur les choses touchant à l'alimentation : ainsi sa mère ayant mis le lait à refroidir, elle va en cachette enlever toute la crème; il a fallu longtemps pour que l'on s'aperçoive de quelle façon la crème disparaissait.

Au déjeuner et au diner, jamais de pain. Elle met une heure pour manger très peu et sa mère surveille jusqu'à ce qu'elle ait fini.

A douze ans, c'était déjà une « jeune fille » et ses amies se moquaient d'elle.

Elle ne s'inquiète aucunement de son état actuel.

Isolée en clinique le 1^{er} février 1951, elle prend 12 kg en deux mois et demi. La courbe de température du matin, indifférente au début, atteste maintenant le cycle menstruel et nous allons instituer la thérapeutique hypophysaire.

*
**

OBSERVATION X

Mademoiselle M..., dix-neuf ans, 1 m 54.

Depuis un an et demi maigrit de 51 à 35 kg (chute pondérale de 16 kg). A le dégoût des aliments. Réglée normalement depuis ses quatorze ans jusqu'à il y a dix mois, date à laquelle l'aménorrhée apparaît.

Elle a vu quatre médecins, a été mise au régime et opérée d'un chondrome de l'aile iliaque droite.

T.A. : 9 1/2-5. Glycémie : 0 g 92.

Elle se plaignait de l'estomac et vomissait par courtes périodes. Toujours constipée, use de laxatifs. Restée active, elle s'occupait du ménage et de la cuisine; seule l'intervention chirurgicale qu'elle a subie a interrompu cette activité.

On ne peut dire qu'elle soit coquette, mais elle a beaucoup d'ordre.

Intelligence moyenne. N'aimait pas beaucoup l'école.

Paraît franche et affectueuse.

Menu. — Petit déjeuner : café, une demi-tartine de pain. Déjeuner : potage, une demi-tranche de viande, une pomme de terre. Pas de pain. Dîner : un potage, et c'est là tout.

Sa mère la grondait au moment des repas, son père ne disait rien : « il est gentil mon père ».

Elle se trouvait « énorme » lorsqu'elle pesait 51 kg, bien que ses amies la trouvassent normale, et sa taille (1 m 54) permet de penser que ces dernières seules avaient raison.

Sa mère et une sœur aînée étaient absolument décidées à « l'envoyer quelque part pour ses bronches », car on pensait que c'était là l'origine du mal bien que tous les examens eussent été négatifs en ce sens. Son médecin nous la confie à ce moment.

Elle est assez passive et accepte assez facilement l'isolement en clinique (dès l'instant que les parents en ont décidé ainsi).

Son père s'est remarié il y a vingt et un ans. Il avait déjà trois enfants : une fille et deux garçons. Notre petite malade est née de ce second mariage ainsi qu'un garçon plus jeune. Ce garçon a seize ans et doit partir en apprentissage, elle restera donc seule à ce moment à la maison avec ses demi-frères et sa demi-sœur.

Actuellement isolée en clinique depuis trois semaines, elle prend régulièrement 2 kg par semaine.

OBSERVATION XI

Mademoiselle B..., seize ans.

Depuis trois mois, chute pondérale de 10 kg.

Aménorrhée et anorexie.

Son médecin nous l'envoie très précocement car il a pensé à une anorexie mentale après examens courants : cuti-réaction à la tuberculine négative, image thoracique normale, pas de diabète.

Elle se plaint d'avoir mal à l'estomac si elle mange, ne vomit cependant pas, n'a pas pensé à la constipation.

Elle est active, méticuleuse, intelligente, franche et affectueuse.

Aux repas, ses parents commencent à insister, par trop au gré de la malade, pour qu'elle mange mais elle se contente du menu suivant :

Petit déjeuner : une tasse de café noir.

Midi : se contente des hors-d'œuvre.

Dîner : un potage, un jus de fruits.

Pas de pain évidemment, « c'est si indigeste ».

Elle se sent très bien ainsi et ne voit pas pourquoi on s'occupe tant d'elle.

Le père boit et il y a souvent disputes à la maison.

Pour éviter la clinique, elle demandera spontanément à partir chez sa grand-mère où elle affirme qu'elle guérira. Ce qui fut fait.

*
**

OBSERVATION XII

Christiane S..., vingt et un ans.

Amaigrissement de 6 kg en dix-huit mois. L'anorexie est récente. Les médecins consultés l'ont mise au régime. Était bien réglée depuis ses quatorze ans, les règles se sont brusquement arrêtées depuis huit mois (aussi lui a-t-on prescrit du lutogyl).

Si elle mange un peu plus que son régime ne le lui autorise, elle se sent l'estomac « ballonné ». Elle ne vomit pas mais a des nausées. Elle se dit constipée et fait usage constant de laxatifs.

Elle est très active, coquette, intelligente et fine, franche sauf en ce qui concerne sa maladie, très affectueuse pour ses parents, a bon caractère.

Son menu :

Petit déjeuner : café au lait, deux tartines.

Midi : un hors-d'œuvre, légumes en petite quantité, une salade, un fruit. Ni pain, ni viande.

Soir : un potage « quantité pour un enfant de deux ans », précise la mère, un artichaut, un yaourt.

Pas de pain. Aux deux repas aucune boisson.

A tous les repas le père gronde, mais alors elle a les larmes aux yeux et dit qu'elle ne ressent pas le besoin de manger davantage.

Si la malade ne s'inquiète pas du tout de son état, la mère exige qu'elle se soigne.

Elle a 40 kg. A dix-sept ans, elle en pesait 55 kg et elle se trouvait alors très grosse alors qu'il apparaît certain que pour sa taille elle était très normale.

Elle est fille unique et doit se marier sous peu. De part et d'autre, on est content du mariage, mais « il est évident qu'il faudra reculer la date du mariage tant qu'elle ne se portera pas bien ».

Nous tentons de lui expliquer sa maladie : échec total (à ce stade peu avancé cela semblait logique).

Seule la menace d'isolement sérieusement appuyée par la mère et un médecin ami de la famille amène une reprise de poids.

OBSERVATION XIII

Thérèse L..., vingt et un ans.

Consulte le 6 février 1950. Sa mère nous la présente. Elle pèse 48 kg et est seulement maigre sans plus. Réglée une seule fois depuis deux ans (prend du benzogynœstryl et cycladiène). Normalement réglée depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à l'épisode actuel (sauf quelques absences de règles intermittentes lorsqu'elle était en pension vers l'âge de seize ans).

L'anorexie devient de plus en plus importante, elle dit qu'elle aurait mal à l'estomac et aux intestins si elle mangeait davantage (radio négative) et « ça l'agace quand on insiste ». Elle se nourrit actuellement de café sans sucre, citronnades sans sucre, un tout petit peu de viande, quelques laitages, pas de pain.

Vers dix-sept ans, elle se trouvait « par trop forte ».

Intelligente et très active, si on veut la faire se reposer elle dit qu'elle est mieux quand elle s'occupe et quand elle circule.

Elle ne se sent pas malade, elle vient voir le médecin parce que sa famille y tient, mais elle « trouve cela ridicule ».

La menace d'isolement lui fera manger seize tartines de pain par jour...



OBSERVATION XIV

Madame P...

Voici l'exemple d'une malade que nous n'avons pas encore traitée et qui se présente à la consultation parce qu'elle souffre de l'estomac depuis trois ans.

Accompagnée de son mari, souriante, avenante, elle passe rapidement sur son état général. Confortablement habillée, son amaigrissement qui est en réalité très important ne frappe pas tout de suite. Rien ne peut faire supposer qu'elle est amenée malgré elle à la consultation; c'est notre question qui met en évidence ce point important.

Quand nous demandons le détail des menus, nous obtenons les réponses suivantes :

Matin : rien.

Midi : un café.

Soir : du fromage — jamais de pain.

Son activité est inchangée, elle tient sa maison parfaitement.

Elle use sans cesse de laxatifs et ne s'inquiète nullement de sa diarrhée.

Le changement brusque de l'attitude de la malade qui se sent devinée et reste sur la défensive en fin d'interrogatoire, achève de nous convaincre que l'état squelettique, que nous constatons la malade une fois déshabillée, est bien à mettre sur le compte d'une anorexie mentale vraie, que nous avons ainsi pu déceler en dix minutes.

Nous retrouvons dans toutes ces observations les mêmes éléments, sur lesquels nous nous sommes basés pour proposer au médecin omnipraticien l'usage du questionnaire que voici :

LE QUESTIONNAIRE

1° Amaigrissement — Combien de kilogs — Depuis combien de temps ?

2° A-t-elle faim ?

3° Aménorrhée ou dysménorrhée — Depuis combien de temps ?

4° Examens faits — Opérations subies — Traitements hormonaux ou régimes suivis.

5° Se plaint-elle de l'estomac ? Vomit-elle ?

6° Se plaint-elle de constipation ? Prend-elle des laxatifs ?

7° Se plaint-elle de fatigue ? Est-elle toujours active ?

8° Aime-t-elle sortir ? Est-elle coquette, propre et même méticuleuse ?

9° Est-elle intelligente ? Niveau scolaire ?

10° Est-elle franche, ouverte, ou dissimulée, rusée ? Est-elle affectueuse ?

11° Menu habituel ? Mange-t-elle du pain ?

12° Faut-il se fâcher au repas ? Que dit-elle quand on insiste ?

13° Était-elle grosse ou se trouvait-elle trop grosse auparavant ?

14° Est-elle contente de se soigner ? Est-elle venue d'elle-même ?

15° Circonstances de vie familiale d'emblée appréciables.

16° Changement de comportement de la malade en fin d'interrogatoire.

CHAPITRE IV

LES RÉPONSES TYPES PERMETTANT UN PSYCHO-DIAGNOSTIC

L'étude détaillée des observations-types d'anorexie mentale en fonction du questionnaire exposé nous prouve que la malade apporte à ces questions des réponses typiques; mais encore n'aurons-nous pas toujours des réponses vraies car la malade a intérêt à mentir.

Quelles sont donc ces réponses-types répondant à des questions desquelles la malade ne se méfie pas et qui cependant signeront le diagnostic ?

Nous ne nous attarderons pas sur les trois premières questions classiques : amaigrissement, anorexie, aménorrhée.

Quatrième question : il est bien rare que des traitements hormonaux n'aient pas été suivis, à cause de l'aménorrhée; ou qu'un régime sévère n'ait pas été institué, à cause de la symptomatologie gastro-hépatique cependant bien frustrée. Nous signalerons cependant en passant la rareté des interventions chirurgicales.

Cinquième question : toutes ces malades se plaignent de l'estomac, le vomissement survient surtout si l'insistance à faire manger la malade est grande; le

vomissement est parfois même caché à la famille (obs. n° 7, Pierrette B...).

Sixième question : en demandant tout d'abord à la malade si elle se plaint de constipation, nous aurons l'aveu plus facile de l'usage de laxatifs dont nous avons remarqué qu'elle ne se séparait pas facilement, et qu'elle cachait fréquemment.

Septième question : ces malades dans leur cachexie même avancée continuent à avoir une activité très grande et paradoxale. Cette réponse mérite à notre avis une valeur pathognomonique.

Huitième question : ce sont des jeunes filles nettes et méticuleuses aimant beaucoup leur intérieur qu'elles tiennent méticuleusement propre et en ordre. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le lit et la table de chevet d'une de ces malades à l'hôpital ou en clinique pour en être frappé.

Neuvième question : elles sont intelligentes et vives. Leur niveau scolaire est excellent.

Dixième question : elles sont très affectueuses et de grande franchise apparente. Leur caractère peut ne pas être toujours agréable et leur dissimulation peut être grande quand on touche au chapitre alimentation.

Onzième question : le menu doit être précisé, il faut parler chiffre, ainsi toute discussion sera écartée quant à la détermination exacte de cet appétit (la malade n'ayant pas du tout la même opinion que nous à ce sujet). Le pain est un aliment systématiquement condamné et éliminé du menu.

Douzième question : les repas sont les seuls instants de la journée pendant lesquels la malade montre un caractère difficile. Elle est butée et ne veut pas manger : les promesses, les objurgations, les cris n'y feront rien. Selon les tempéraments, cela se termine par des pleurs, des réactions plus violentes très rares; l'argument final sera le vomissement. Pour éviter ces scènes

pénibles l'accord entre malade et famille peut se faire ainsi : la malade n'assiste plus aux repas !

Treizième question : même si la malade n'était pas grosse, elle se trouvait telle (macropsie décrite dans la thèse de CARRIER).

Quatorzième question : elle ne comprend pas pourquoi on s'occupe tant d'elle (d'ailleurs elle a conservé son activité) ; et ne voit vraiment pas ce que le médecin vient faire là-dedans, si ce n'est pour la mettre à un régime sévère qui calmera ses troubles gastriques...

Quinzième question : les circonstances de vie familiale que la malade est la première à ne pas avouer et au sujet desquelles les parents sont souvent réticents ne seront dans la plupart des cas pas appréciables lors de la première consultation.

Seizième question : la malade se sentira souvent devinée en fin d'interrogatoire et il sera peut-être bon d'annoncer à la famille seule la thérapeutique (surtout s'il s'agit d'isolement) si l'on ne veut pas assister à un changement d'attitude de la malade, lui faire perdre la passivité qu'elle a eu jusqu'alors, et du même coup le calme de son cabinet de consultation.

En résumé, les réponses typiques auxquelles nous devons nous attacher même si l'interrogatoire doit être rapide, seront donc celles correspondant aux questions : 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 14.

Et notre petite malade nous apparaîtra bien avoir, en répondant à ces questions dans ce sens, acquis certains traits psychologiques de l'anorexique mentale car ils nous permettront dès lors de la définir ainsi :

« C'est une petite personne intelligente, affectueuse, propre et très active ».

De plus « ce n'est pas de sa faute si elle est constipée et si elle ne peut manger ».

Enfin « elle ne voit pas pourquoi on l'a amenée au médecin car elle ne se sent pas malade ».

Entre cette façon qu'a la malade de voir les choses et les faits réels (amaigrissement — aménorrhée — anorexie) il y a discordance flagrante. Cette discordance signe l'anorexie mentale.

CHAPITRE V

LES RÉPONSES ATYPIQUES PERMETTANT LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous devons nous méfier chaque fois que la malade s'éloignera des caractères ainsi définis par le psychodiagnostic.

Nous publierons ici une série d'observations dans lesquelles les réponses atypiques obtenues nous ont aidé à orienter le diagnostic vers une voie nouvelle.

OBSERVATION XV

Mademoiselle Le H..., dix-sept ans.

Depuis l'âge de treize ans, cette malade reste étroite et mince, sèche et déshydratée. Elle n'a jamais été réglée malgré différentes médications hormonales. Elle se plaignait de l'estomac et vomissait parfois. On l'avait mise au régime, précaution inutile d'ailleurs car elle disait ne pas pouvoir manger.

Elle s'était très bien portée jusqu'à l'âge de onze ans. Intelligente, d'esprit vif et délié, franche, ouverte et affectueuse. Le père était remarié et ce fait pourrait corroborer l'impression clinique d'anorexie mentale.

Elle était cependant fatigable; n'avait aucune réticence (en particulier elle avouait très facilement ses vomissements qui survenaient sans que ce soit à la suite d'insistance familiale pour

la forcer à manger). Et surtout elle était contente de se soigner et voulait guérir.

Des examens radiologiques complémentaires sont demandés et on découvre une sténose du pylore.

La malade est opérée, prend du poids et est réglée.



OBSERVATION XVI

Simone Le B..., dix-huit ans, 1 m 72, 52 kg.

Vient en consultation parce qu'elle maigrit malgré la suralimentation indiquée mais non suivie d'ailleurs car elle n'a pas faim.

A quinze ans, elle était réglée normalement; depuis un an ses règles diminuent et n'apparaissent que tous les deux ou trois mois.

Tous examens négatifs par ailleurs.

Intelligente, affectueuse, comportement normal. Elle maigrit surtout lorsqu'elle vient chez ses parents. Sa mère est remariée et la gêne. Elle ne s'entend pas très bien avec son beau-père qui boit d'ailleurs et vient de quitter sa mère. Sa mère prend toujours sa défense lorsqu'elle se dispute avec son beau-père, d'où dissensions dans le ménage.

Ce tableau succinct pourrait faire penser à une anorexie mentale au début mais bien des réponses restent négatives. En particulier : elle est très franche, contente de se soigner et de venir en clinique pour s'isoler; elle ne se plaint pas de l'estomac, ne vomit pas, ne se dit pas constipée, ne prend pas de laxatifs. De plus, elle se plaint de céphalées et d'angoisses nocturnes. Enfin et surtout cet état de choses a fait qu'elle a dû quitter le collège où elle préparait son baccalauréat.

L'isolement, mais surtout la psychothérapie, amèneront une reprise de poids de 11 kg en deux mois et la disparition progressive du syndrome psychasthénique.

*
**

OBSERVATION XVII

Yvonne L..., vingt-trois ans.

Nous est adressée en consultation le 9 octobre 1950 par son médecin traitant parce que depuis plusieurs années elle se plaint de troubles digestifs entraînant des vomissements quotidiens et qu'elle est aménorrhéique et anorexique.

Outre que l'amaigrissement est peu important, nous sommes d'emblée frappés par le fait qu'elle tient absolument et spontanément à être soignée et parce qu'elle nous apporte écrit de sa main une auto-observation dans laquelle sont soigneusement consignés tous les symptômes et toutes les thérapeutiques qu'elle a notés depuis l'âge de quatorze ans. Cette auto-observation se termine ainsi : « Le moindre effort me porte au cœur, mes forces diminuent de jour en jour, je dors d'un sommeil lourd et pas reposant, j'ai perdu l'odorat... »

En somme, sous l'allure anorexie mentale il y a un syndrome psychique hypocondriaque qui dépasse un peu celui des névroses et amène à réserver le pronostic mental.

Si des examens complémentaires (ventriculographie) ont permis d'éliminer une affection hypophysaire qu'une certaine polydypsie et l'anosmie pouvaient faire craindre, le traitement d'une anémie (à 3 millions de globules rouges) l'a amélioré mais le pronostic mental reste réservé car elle se comporte toujours comme une hypocondriaque.

*
**

OBSERVATION XVIII

Marie A..., vingt-quatre ans.

Diminution progressive de l'alimentation entraînant une perte de poids de 65 à 39 kg (est cachectique car de grande taille).

Aménorrhée depuis deux ans. Elle ne mange pas parce que son estomac, lui, fait mal; un transit récent a seulement montré une ptose. Légers signes de pellagre.

Mais une passivité trop grande, une tristesse visible et une certaine inactivité nous font rechercher des signes de psychose que nous trouvons sous la forme de fonds délirant mélancolique teinté de mysticisme.

Isolement, rééducation de l'alimentation, vitamine PP amènent la guérison physique de la malade.

Trois ans plus tard : poids 71 kg et cependant mélancolie délirante typique.

*
**

OBSERVATION XIX

Marie Anne M..., dix-huit ans.

Nous est présentée en consultation pour anorexie mentale. Il est exact qu'elle ne mange pas aux repas, qu'elle a maigri, que ses règles vont en diminuant. Elle dit souffrir de l'estomac après les repas (la radiographie a montré une image absolument normale). On l'a opérée il y a un an (appendicectomie). Elle dit qu'elle n'est pas malade. Intelligente et affectueuse.

Cependant : elle ne s'est jamais trouvée trop grosse; elle grignote un peu de tout en dehors des heures des repas (et il s'agit donc beaucoup plus de caprice alimentaire que d'anorexie vraie); enfin et surtout l'activité utile, au lieu d'être parfaitement conservée, a disparu et est remplacée par un certain automatisme; les troubles du caractère se font jour.

Et, poussant l'examen, nous trouverons un mélange d'idées hypocondriaques et d'idées de culpabilité sous-jacentes.

Malade évoluant vers une schizophrénie.

En somme, l'application correcte du questionnaire, même pour un médecin non psychiatre, permet nous semble-t-il, d'éliminer du syndrome anorexie mentale

un certain nombre de cas qui se présentaient pourtant comme tels.

C'est ainsi que par ce seul moyen nous écartons de ce diagnostic : une sténose du pylore, une névrose psychasténique, une hypocondrie suspecte d'évolution vers une démence précoce, une mélancolie délirante, enfin un début de schizophrénie.

CONCLUSIONS

I. — L'accord s'est fait maintenant entre les auteurs de disciplines différentes au sujet de l'anorexie mentale. Il n'y a plus de querelle au sujet de ce syndrome qui représente, aussi bien pour les endocrinologues que pour les psychiatres, une maladie dans laquelle les composantes endocriniennes sont secondaires tandis que l'élément psychique est primordial.

II. — Néanmoins cette maladie, bénigne lorsqu'elle est convenablement traitée dès le début, reste grave parce que le diagnostic n'est fait que lorsque la malade échoue chez le psychiatre dans un état cachectique sévère. Un temps précieux a été perdu, le praticien ayant été trompé par l'allure pseudo-endocrinienne, pseudo-digestive, pseudo-tuberculeuse, etc..., de ce syndrome.

III. — S'il est vrai qu'il n'y a pas de critère biologique sûr permettant de distinguer l'anorexie mentale d'autres états exactement semblables comme les cachexies hypophysaires, il existe par contre un critère clinique. Notre travail, basé sur une quarantaine d'observations, dont nous rapportons les 19 plus démonstratives, nous a amené à tenter de mettre au point un questionnaire qui, appliqué à la malade et à sa famille dès la première consultation permet le psycho-diagnostic rapide de cette affection.

IV. — Ce questionnaire, volontairement dépouillé de toutes considérations psychiatriques, s'adresse au méde-

cin omnipraticien qui doit être d'abord éclairé afin qu'il puisse en temps utile diriger la malade vers l'isolement, premier acte thérapeutique indispensable.

V. — Nous apportons en outre quelques exemples où l'application de ce questionnaire permet de distinguer entre l'anorexie mentale vraie et celles qui sont fausses ou symptomatiques d'une autre affection psychique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
ALAJOUANINE

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Pour les faits touchant à l'anorexie mentale avant 1939, nous ne pouvons mieux faire que de reporter le lecteur à l'index bibliographique si complet de la thèse de Jean CARRIER, sur l'anorexie mentale parue en 1939 à la librairie Le François.

Nous avons pensé qu'il suffirait de compléter cette bibliographie jusqu'en 1951.

ANOREXIE MENTALE

BABONNEIX (L.). — L'anorexie mentale chez les jeunes filles. (*La Semaine des Hôp. de Paris*, 1^{er} juillet 1939, n° 13, p. 323.)

BARANCHUC (M.). — Consideraciones sobre mental de los lactantes. (*An. Soc. Puericult.*, Buenos-Aires, 4, 297-302, oct.-déc. 1938.)

BARRAUX (A.) et CAMBASSÉDÈS (J.-E.). — Fausse anorexie mentale; vomissement chez un oligophrène utilitaire. (*Réun. Médico-Chir. de l'Hôp. Militaire*, séance du 24 mai et 7 juin 1939; *Marseille Méd.*, 25 juillet 1939, n° 21, p. 142.)

BAUDOUIN (A.) et SCHAEFFER (H.). — La neurologie en 1944. Considérations sur l'anorexie mentale. (*Paris Médical*, 34^e année, n° 24, 30 décembre 1944, p. 254-255.)

BÉCLÈRE. — Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie, 1949.

BENON (R.). — L'anorexie mentale hypo-parathymie de la faim. (*Les Echos de la Médecine*, n° 1, janvier 1944, p. 1, 8^e colonne.)

BERGOUIGNAN. — Confins de l'anorexie mentale : alternances de maigreur et d'obésité chez la jeune fille. (*Sté de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 4 mai 1945; in : *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 9-10, mai 1946, p. 185.)

— Confins de l'anorexie mentale : alternances de maigreur et d'obésité chez la jeune fille. (*Sté de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux*, 18 mai 1945; in : *La Presse Médicale*, n° 38, 22 septembre 1945, p. 506.)

BOURGUIGNON (Georges) et LAROCHE (Guy). — L'indice chronologique vestibulaire dans les carences alimentaires et l'anorexie mentale. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, n° 21-22, séance du 13 juin 1944, p. 353-357; *Les Echos de la Médecine*, n° 6, juin 1944, p. 4.)

BOUTONNIER (J.), LEIBOVICI (Serge). — Le facteur psychique dans l'anorexie mentale idiopathique. (*Médecin Français*, n° 8, 25 avril 1947, p. 111-112.)

CARRIER (Jean). — L'anorexie mentale. Trouble instinctivo-affectif. (*Thèse de Paris*, 1939, Le François éditeur; *Presse Médicale*, n° 15, 13 février 1940.)

CÉLICE (J.), GROSSIORD (A.). — Anorexie mentale et maladie de Simmonds. (*Le Journal Médical Français*, n° 2, février 1947, p. 33-57.)

CRÉMIFUX (A.). — Les anorexies mentales. (XLIII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France, Montpellier, 28-30 oct. 1942; in : *La Presse Médicale*, n° 5, 6 février 1943, p. 50.)

— Encore l'anorexie mentale; état actuel de la question. (*Marseille Médical*, n° 2, 15 février 1943, p. 67-72.)

DE BRUN (R.). — L'anorexie mentale. (*Les Feuilles du Praticien*, mars 1942, n° 48.)

DECOURT (J.). — Sur les rapports de l'anorexie mentale et de la cachexie dite hypophysaire. (*La Presse Médicale*, n° 45, p. 629-630, 10 octobre 1942.)

DECOURT (J.), GUILLAUMIN (Ch. O.), BRAULT (A.), VERLIAC (F.). — Etude biologique de trois cas d'anorexie mentale. (A propos des rapports de cette affection avec la cachexie dite hypophysaire.) (*Société d'Endocrinologie*, 24 juin 1943; in : *Annales d'Endocrinologie*, t. 5, n° 2, 1944, p. 69 à 83.)

— Etude biologique de trois cas d'anorexie mentale. (A propos des rapports de cette affection avec la cachexie dite hypophysaire.) (*Sté d'Endocrinologie*, séance du 24 juin 1943; in : *Ann. d'Endocrinologie*, t. 4, n° 4-5, 1943, p. 249. Le texte de cette communication paraîtra dans le numéro ultérieur comme mémoire original.)

DECOURT (J.) et RICHARD (J.). — Les rapports de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds; aperçu historique et position actuelle du problème. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 81, 2 nov. 1949, p. 3343-3352.)

— L'aménorrhée des anorexies mentales. Etude de 32 observations. Données cliniques, biologiques, biochimiques. (*Mém. présenté au cours de la séance du 10 novembre*; in : *Bull. et Mém. de la Sté des Hôp. de Paris*, n° 31-32, 1950, séance du 1^{er} déc. 1950, p. 1608-1622.)

DELAY (Jean). — La narco-analyse d'une anorexie mentale. (*La Presse Médicale*, n° 40, 18 juin 1949, p. 577.)

DRABKIN (D.-L.), FETSKO (J.-M.), LECRONE (B.-L.). — Régénération du foie et métabolisme du cytochrome C. Influence de l'anorexie et de l'injection du cytochrome. (*Journal of Biological Chemistry*, 171, 1^{er} nov. 1947, p. 409-417.)

DUBERNARD, MARCARD. — Un cas de mycolyse généralisée maxillaire consécutive à des troubles de dénutrition graves par anorexie mentale. (*Sté d'Odonto-Stomatologie*

- de Bordeaux et du S.-O.*, séance du 13 avril 1948; in : *Revue d'Odonto-Stomatologie*, n° 2, avril 1948, p. 59.)
- DUBOIS (G.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (*Thèse de Paris*, 1939, dactylographiée.)
- EINHORN (M.). — La sitiophobie, l'inanition et leurs traitements. (*Médical Record*, New-York, 159, n° 5, mai 1946, p. 288-291.)
- EUZIÈRE (J.), PAGES (P.), LAFON (R.), MIROUZE (J.), SALVAING (J.). — Anorexie mentale; aplasie médullaire terminale. (*Sté des Séances Méd. et Biol. de Montpellier et du Lang. Médit.*, séance du 1^{er} avril 1949; in : *Montpellier Médical*, n° 2, mars 1950, p. 89, avril.)
- FABRE (Pierre). — De l'anorexie mentale à la cachexie hypophysaire. (*Soc. Anatomo-Clinique*, séance du 10 janvier 1941; in : *Toulouse Médical*, n° 4, p. 243, 1^{er}-15 avril 1941.)
- DREYFUS (G.), MAMOU (H.), BERNARD-BRUKER (Mme). — Cachexie cérébro-hypophysaire d'origine fonctionnelle et à évolution mortelle sans altération histologique à l'autopsie. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 21-22, séance du 20 juin 1947, p. 538-542.)
- GUILLEMIN (J.). — Le diagnostic et le traitement de l'anorexie mentale. (*Entretiens de Bichat, Médecine*, 1948, p. 31-32.)
- HILLEMAND (P.), DUGUET. — Mégaduodénum et anorexie mentale. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 23-25, séance du 27 juin 1947, p. 592-593.)
- JONAS. — La maigreur pathologique des jeunes filles. Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (*Casopes Lehamn. Ceskych.*, 3 janvier 1942, p. 3, 10 janv. 1941, p. 49, 17 janvier 1941, p. 100.)

- LANGERON (L.), BRADIER (J.). — Maigreur et cachexie hypophysaire. Maladie de Simmonds. Insuffisance hypophysaire antérieure. Anorexie mentale. Restrictions alimentaires. (*Journal des Séances Médicales de Lille*, n° 18, 3 sept. 1944, p. 360-375.)
- LEMIEUX (R.), MARTEL (A.). — Maigreur par anorexie mentale. (*Laval Médical*, vol. XI, n° 5, mai 1946, p. 471-482.)
- LHERMITTE (J.). — Une querelle doctrinale. Peut-on reconnaître comme légitime le syndrome de l'anorexie mentale. (*Journal des Praticiens*, 6 décembre 1941, p. 729-733; n° 2, 10 janvier 1943, p. 19-20.)
- LINGJOERDE (G.). — Quelques examens somatiques chez les schizophrènes; schizophrénie et anorexie mentale. (*Nordisk Medicin*, 41, 5, 4 février 1949, p. 215-218.)
- MASSION-VERNIORY, MASSION (J.). — L'anorexie mentale primitive dans le cadre des anorexies. (*Sté Belge de Gastro-Entérol.*, n° 3, t. 8, mars 1940, p. 155.)
- MULLER (H.). — Un cas d'anorexie mentale extrême. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 7, 25 juillet 1948, p. 428-434.)
- MYERS (J.-W.). — Mental anorexia simulating pituitary cachexia. (*Southwestern Med.*, 23, 367-368, nov. 1939.)
- OSSONELLO (P.). — Contributo alla delimitazione clinica della amoressia mentale. (*Riv. de Pat. Never.*, 50, 353-386, sept.-oct. 1937.)
- PÉRON (Noël). — Défense de l'anorexie mentale. (*Paris Médical*, n° 29, 6 juillet 1938, p. 65.)
- PLICHET (A.). — Anorexie mentale. (*Les Fiches de Pratique Médicale*, janv. 1938.)
- PLUMIER (L.), HOYOUN (P.). — Un cas d'anorexie mentale. (*Revue Médicale de Liège*, 3, 4, 15 février 1948, p. 73-74.)

- POISSON, QUINTON. — L'anorexie mentale. Ses rapports avec la maladie de Simmonds. (*Thèse de Médecine de Paris*, 1943, n° 249.)
- POROT (Maurice). — Le test de Rorschach dans l'anorexie mentale. (*Sté Méd. des Hôpitaux d'Alger*, séance du 14 déc. 1946; in : *L'Algérie Médicale*, n° 1, janvier 1947, p. 60-64.)
- QUERIDO. — Physiopathologie de l'anorexie mentale. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk.*, 92, 660-664, 1948; in : *Acta Gastro-Enterologica*, vol. XI, fasc. 5, mai 1948, p. 187.)
- ROCH (M.), MONNIER (M.). — Anorexie mentale et maladie de Simmonds. (*Schweizerische Medizinische Woch.*, t. 71, p. 1009-1011, n° 35, 30 août 1941; in : *La Presse Médicale*, n° 34, p. 466, D, 18 juillet 1942.)
- ROLMER (P.), JUNG (C.). — Un cas d'anorexie mentale simulant la maladie de Simmonds. (*Bull. Soc. Pédiat. de Paris*, 36, 524-529, juillet 1938.)
- ROSS (C.-W.). — Anorexia nervosa with special referensto carbonhydrate metabolism. (*Lancet*, I, 1041-1045, 7 may 1938.)
- SIVADON (P.), BAUDOIN (J.-L.). — Le dogmatisme alimentaire hébéphrénique. (*Annales Médico-Psychologiques*, t. I, n° 4, avril 1945, p. 332-343.)
- SMITH (J.-W.). — Un cas d'anorexie mentale compliquée de béri-béri. (*Acta Psychiatrica und Neurologica*, 1946, vol. 21, fasc. 4, p. 887-900; in : *Revue Neurologique*, n° 9, oct.-nov. 1947, p. 719.)
- STÉVENIN (H.), JAUBE (R.). — Maladie de Simmonds et anorexie mentale. (*Monde Médical*, Paris, 48, 489-496, avril 15, 1938.)
- VIEUX (N.), FAU (R.). — Les éléments cliniques du diagnostic et du pronostic de l'anorexie mentale. (*Paris Méd.*, 9-16 sept. 1939, n° 36-37, p. 177.)

- Anorexie mentale. (*Diagnostic et Traitements*, n° 2, mars-avril 1942, p. 99.)
- Traitement des anorexies. (*Fichier Médical Derol*, n° 1, 1950.)

*
**

ANOREXIE MENTALE (TRAITEMENTS)

- CHAPTAL (J.), LOUBATIÈRES (A.), CONTE (P.). — Anorexie mentale guérie par des injections d'extrait frais de lobe antérieur d'hypophyse. (*Sté de Pédiatrie de Paris*, séance du 21 mai 1946; in : *Le Nourrisson*, n° 4, juillet-août 1946, p. 132.)
- Anorexie mentale guérie par des injections d'extrait frais de lobe antérieur d'hypophyse. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 21 mai 1946; in : *Archives Françaises de Pédiatrie*, t. III, n° 4, 1946, p. 338-340.)
- CHATAGNON (P.), SEHERRER (P.). — L'anorexie mentale et son traitement d'urgence. (*Presse Méd.*, 47, 1277-1279, aug. 23, 1939.)
- CHAVANY (J.-A.). — Le traitement des maigreurs nerveuses. Anorexie mentale et insuffisances hypophysaires partielles ou totales. (*Le Progrès Médical*, n° 28-30, 19 juillet 1941, p. 545-546.)
- COULONJOU, HÉCAEN. — Anorexie mentale. Guérison. Influence incontestable des extraits de lobe antérieur d'hypophyse. (*Encéphale*, 1, 46-51, janv. 1939.)
- GUILLEMIN (J.). — Le diagnostic et le traitement de l'anorexie mentale. (*Entretiens de Bichat, Médecine*, 1948, p. 31-32.)
- LAGACHE, MENUT. — Anorexie élective et fixation à un régime végétarien à pommes de terre chez un garçon de quatorze ans. Normalisation par suggestion. (*Société des*

Sciences Médicales de Clermont-Ferrand, séance du 29 octobre 1944; in : *La Presse Médicale*, n° 9, 3 mars 1945, p. 111.)

MEIGNANT (P.). — Anorexie mentale guérie par narco-analyse. (*Revue Médicale de Nancy*, t. LXXIII, 1^{er} mai, 15 mai 1948, p. 180-186.)

MOLLARET (P.), PÉRON (N.). — Anorexie mentale à forme grave. Nécessité vitale de la cure d'alimentation. (*Présent.* faite au cours de la séance du 25 nov.; *Bull. et Mém. de la Sté Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 2 décembre 1938, n° 33, 12 déc. 1938, p. 1716.)

PATRICANI (F.). — Anoressia mentale scorbuto strattamento con follicolina. (*Policlinico, Sez. Prat.*, 47, 1996-2004, nov. 25, 1940.)

PÉCHER (Y.). — Traitement des anorexies de l'adulte. (Suppl. à la *Presse Médicale*, n° 50, 3 août 1949, p. 724.)

— Traitement de l'anorexie mentale. (*Le Fichier Derol*, n° 1, 1949.)

**

ANOREXIE NERVEUSE

BARTELS (E.-E.-D.). — Etudes sur l'hypométabolisme : l'anorexie nerveuse. (*Acta Med. Scand.*, vol. CXXIV, 11, 1946, p. 185-211; in : *Arch. des Maladies de l'Appareil Digestif et Maladies de la Nutrition*, t. 35, n° 6-7, juin-juillet 1946, p. 271.)

BARSTRA (H.-K.-G.). — Un cas d'anorexie nerveuse. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 92, 11, 13 mai 1948, p. 750-757.)

BERKMAN (J.-M.), WITR, KEPLER. — Observations cliniques sur les œdèmes de carences, les protéines sériques et l'effet de la suralimentation dans l'anorexie nerveuse. (*G. Gas-*

tro-Enterology, vol. 9, n° 4, 1947, p. 357-390; in : *Arch. des Maladies de l'App. Digest. et des Mal. de la Nutrition*, n° 11, 12 nov.-déc. 1948, p. 811.)

BERTELS (E.-D.). — Etudes sur l'hypométabolisme. I. Anorexie nerveuse. (*Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, 124, n° 2, 30 mars 1946, p. 185-211, 2 fig.; in : *La Semaine des Hôp. de Paris*, n° 21, 7 juin 1946, p. 994.)

BIRLEY (J.-L.). — Anorexia Nervosa. (*St-Thoma's Hosp. Gaz.*, 34, 204-208, déc. 1933.)

BIRNIE. — Anorexie nerveuse traitée par hypophose en clientèle privée. (*The Lancet*, n° 5.910, 5 déc. 1936.)

BRUCKNER, WIIS, CAVIETES. — Anorexie nerveuse et cachexie pituitaire. (*The American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1938, p. 663.)

FARQUHARSON, HYLAND. — Anorexie nerveuse; trouble métabolique d'origine psychologique. (*The Journal of the American Medical Association*, 17 septembre 1938, p. 1085.)

— Anorexia nervosa metabolic disorder of psychologie origin. (*J.A.M.A.*, 11, 1085-1092, sept. 17, 1938.)

MAGENDANTZ, PROGER. — Anorexie nerveuse en hypopituitarisme. (*The Journ. of the Annexe Med. Ass.*, Chicago, vol. 114, n° 20, p. 1973, 18 mai 1940.)

MORLOCK (C.-G.). — Anorexia Nervosa. (*Proceeding of the Staff, Meeting of the Mayo Clin.*, n° 2, p. 24, 11 january 1939.)

ROSS. — Anorexie nerveuse; données spéciales concernant le métabolisme des hydrates de carbone. (*The Lancet*, 7 mai 1938, p. 1041.)

SCOTT (W.-C.-M.). — Notes sur la psychopathologie de l'anorexie nerveuse. (*The British Journal of Medical Psychology*, 21 avril 1948, p. 241-247.)

- SHELDON. — Anorexie nerveuse; références spéciales sur la constitution physique. (*The Lancet*, 13 février 1937, p. 369.)
- SHELDON (J.-H.), YOUNG (F.). — On carbonhydrat metabolism in anorexia nervosa. (*Lancet*, 1, 257-259, jan. 29, 1938.)
- SUNDERMAN (F.-W.), ROSE (E.). — Etudes sur les électrolytes du sérum XVI. Modifications du sérum et des humeurs au cours de l'anorexie nerveuse. (*The Journal of Clinical Endocrinology*, 8, 3 mars 1948, p. 209-220.)
- VAN BALEN. — Anorexie nerveuse et maigreur hypophysaire. (*Act. Med. Scand.*, V, 14, n° 4-6, 16 sept. 1939, p. 433.)
- VAN BIEMA, HOECK, SCHREUDER. — Un cas d'anorexie hystérique. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, n° 1, 4 janvier 1941, p. 58.)
-

TABLE DES MATIERES

Préambule	9
CHAPITRE I. — Conceptions actuelles sur l'anorexie mentale	11
CHAPITRE II. — Nécessité d'un dépistage précoce	17
CHAPITRE III. — Le psycho-diagnostic rapide à l'aide d'un questionnaire	23
CHAPITRE IV. — Les réponses types permettant un psycho-diagnostic	37
CHAPITRE V. — Les réponses atypiques permettant le diagnostic différentiel	41
Conclusions	47
Bibliographie	49

